С.П. МУДРИЙ
З.В. КРУК

ПЕРША ДОПОМОГА ПОТЕРПІЛОМУ ПРИ АВТОМОБІЛЬНІЙ КАТАСТРОФІ

С. П. МУДРИЙ
З. В. КРУК

ПЕРША ДОПОМОГА ПОТЕРПІЛОМУ ПРИ АВТОМОБІЛЬНІЙ КАТАСТРОФІ

«ЗДОРОВ'Я», КИЇВ — 1976

У брошурі йдеться про найпоширеніші травми, які виникають при автомобільних катастрофах. Розповідається, як подати першу допомогу потерпілому, транспортувати його, щоб запобігти можливим ускладненням.
Розрахована на широкі кола читачів.

Сергей Прохорович Мудрый
Захар Вольфович Крук

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ КАТАСТРОФЕ

(На украинском языке)

Редактор *О. М. Війтик*
Оформлення художника *Ю. Г. Новикова*
Художній редактор *Н. А. Сердюкова*
Технічний редактор *Е. Г. Вольвах*
Коректори *Л. П. Шклярук, А. В. Воробйова*

БФ 13986. Замовл. 1250.
Здано до набору 17/VI 1976 р. Підписано до друку 19/VIII 1976 р. Формат 84×108 1/32. Тираж 30 000. Обл.-видавн. арк. 1,61. Фіз. друк. арк. 1,0. Умовн. друк. арк. 1,68. Папір друк. № 3. Ціна 6 коп.

Видавництво «Здоров'я», м. Київ, вул. Кірова, 7.
Київська книжкова фабрика Республіканського виробничого об'єднання «Поліграфкнига» Держкомвидаву УРСР, вул. Воровського, 24.

М $\frac{52400-147}{М209(04)-76}$ 109—76

ВІД АВТОРІВ

В автомобільних катастрофах, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку гине понад 300 тисяч чоловік, 8 мільйонів дістають тяжкі травми. Найбільше автомобільних катастроф спостерігається в економічно розвинутих країнах. Так, у США на дорогах щороку гине близько 55 тисяч чоловік, 2 мільйони дістають травми, у ФРН та Японії вмирає внаслідок аварій 18—19 тисяч чоловік.

В СРСР порівняно з деякими іншими країнами менша насиченість автомобільним транспортом, дорожній рух суворіше регулюється (обмеження швидкості, відповідні дорожні знаки тощо), атестація водіїв проводиться відповідно до інструкцій та положень. Медична допомога забезпечується стрункою системою радянської охорони здоров'я, що передбачає подання першої допомоги потерпілим на місці аварії, перевезення їх переважно засобами санітарного транспорту, госпіталізацію, відповідне лікування (реабілітацію) в спеціальних лікувальних або санаторно-курортних установах.

Найважливішим елементом цієї системи є перша допомога потерпілим, від своєчасності й правильності подання якої нерідко залежить успішне лікування людини і врятування її життя.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 30 процентів осіб, які загинули внаслідок автомобільних катастроф, могли б бути врятовані, якщо б їм своєчасно й правильно було подано першу допомогу. Адже особливістю дорожньо-транспортних травм є тяжкість і множинний характер ушкоджень, що часто призводить до порушення життєво важливих функцій організму.

Першу медичну допомогу потерпілим подають здебільшого працівники швидкої медичної допомоги, які

безпосередньо на місці катастрофи проводять лікувальні заходи, спрямовані на підтримання життєвих функцій організму, запобігання ускладненням, можливим при травмах, а потім транспортують хворого в лікувальну установу.

Однак часто виникає потреба допомогти потерпілому до прибуття медичних працівників, скажімо, коли аварія сталася далеко від населеного пункту і немає змоги негайно викликати машину швидкої допомоги. У такому разі потерпілим повинні допомогти водії й пасажири попутного транспорту, працівники дорожньої автоінспекції та ін. Тому виникає потреба ознайомити широкі верстви населення з правилами подання першої медичної допомоги потерпілим.

ПОДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ

Якщо сталася автомобільна катастрофа, треба передусім звільнити потерпілого з-під коліс та уламків транспортних засобів, винести його з небезпечної зони (із машини, яка горить, з водоймища і т. д.), вжити потрібних заходів щодо відновлення життєво важливих функцій організму і запобігти ускладненням, що становлять загрозу для життя людини. Крім того, слід подбати про раціональне транспортування потерпілого в лікувальну установу, де йому буде подано кваліфіковану медичну допомогу.

До прибуття медичних працівників хворого найкраще покласти на спину, підстеливши під нього одяг, чохли тощо, голову повернути набік. Якщо ушкоджена грудна клітка, переламані ребра і внаслідок того дихання утруднене, потерпілому слід надати напівсидячого положення, підклавши під спину й голову сидіння з автомашини або щось інше.

Переносити потерпілого до подання першої допомоги можна тільки в разі крайньої потреби. Бажано найневідкладніші заходи (зупинення кровотечі, штучне дихання, накладання транспортних шин і т. д.) проводити на місці аварії. Роздягати потерпілого слід обережно, не змінюючи положення тіла, і лише тоді, коли одяг утруднює дихання або треба покласти на рану стерильну пов'язку чи зупинити кровотечу. Накладаючи шину на руку чи ногу, одягу не знімають, щоб уникнути зайвої травматизації й переохолодження хворого.

ПОРУШЕННЯ ДИХАННЯ І СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

У потерпілих часто порушуються дихання й серцева діяльність. Скажімо, при закупорюванні трахеї та бронхів блювотними масами, згустками крові (у разі поранення шиї, обличчя), водою при утопленні не надходження повітря до легень. Крім того, дихання може припинитися, коли людина непритомніє і через розслаблення м'язів у неї западає корінь язика, прикриваючи вхід у гортань; при порушенні функції центру дихання внаслідок тяжких черепно-мозкових травм, крововиливу в мозок, множинних переломів ребер; при ушкодженні легень і плеври. У потерпілого з'являється спочатку блідість, потім синюшність шкірних покривів обличчя. Дихальні рухи прискорюються, стають нерегулярними (іноді рідшають), а через деякий час, якщо не буде подано потрібної допомоги, припиняються зовсім.

Насамперед перевіряють порожнину рота і пробують відновити прохідність верхніх дихальних шляхів. Для цього вказівним пальцем, обмотаним бинтом чи носовою хусточкою, звільняють рот від блювотних мас, слизу, згустків крові, виймають знімні зубні протези. Коли запав язик, голову потерпілого слід повернути набік і підтримати щелепу.

Коли ж потерпілий не дихає, треба перевірити, чи не припинилася в нього серцева діяльність, і негайно розпочати штучне дихання. Для цього його кладуть спиною на жорстку поверхню (на підлогу автомашини, на дорогу), підмостивши під лопатки зроблений з одягу валик. Потерпілого розгинають і закидають його голову назад так, щоб максимально відвести підборіддя від грудної клітки, розстібають комір і пояс, що утруднюють дихання.

Найефективнішим способом штучного дихання є вдування повітря в ніс або рот потерпілого. Такий спосіб називають «рот до рота» або «рот до носа». У ніс вдувають повітря тоді, коли у хворого ушкоджені губи, нижня або верхня щелепа.

Штучне дихання способом «рот до рота» роблять так. Той, хто подає допомогу, стає на коліна біля голови потерпілого, краще з правого боку, і кладе ліву руку на його лоб, затискуючи пальцями йому ніс; прикривши рот потерпілого марлею або носовою хусточкою, робить глибокий вдих, а потім, притиснувшись ротом до рота потерпілого, вдуває в нього повітря, роблячи енергійний видих (мал. 1). Внаслідок такого вдування, що замінює



Мал. 1. Штучне дихання способом «рот до рота».



Мал. 2. Непрямий масаж серця і штучне дихання способом «рот до рота».

вдих, повітря надходить у легені потерпілого. Згодом завдяки еластичності легеневої тканини і грудної клітки настає пасивний видих. При цьому рот потерпілого повинен бути відкритий. Вдувати повітря слід ритмічно, з однаковим інтервалом, 15—20 разів на хвилину.

Так само роблять штучне дихання способом «рот до носа», тільки повітря вдувають через ніс, а рот потерпілого закривають. Ефективність штучного дихання підвищується, коли застосовувати спеціальні S-подібні повітроводи, які забезпечують прохідність верхніх дихальних шляхів.

Штучне дихання слід виконувати доти, доки у потерпілого не відновиться самостійне ритмічне дихання. Якщо штучне дихання розпочинають робити своєчасно і проводять його правильно, то самостійне дихання відновлюється через 1—2 хвилини. Однак часом штучне дихання потрібно проводити 1—1,5 години, принаймні доти, доки на місце аварії не прибудуть медичні працівники.

Принагідно зауважимо, що робити штучне дихання нелегко. Той, хто подає допомогу, особливо при надто енергійному вдуванні повітря, може навіть відчути запаморочення, слабкість і знепритомніти. Тому бажано, щоб приблизно через кожні 60 секунд особи, які виконують штучне дихання, змінювали одна одну. Це підвищить ефективність допомоги потерпілому.

Часом при тяжких ушкодженнях припиняється дихання і серцева діяльність. Тоді у потерпілого настає так звана клінічна смерть. У нього не промацується пульсація сонної артерії на шиї, не прослуховується серцебиття, припиняється дихання, зіниці розширюються, шкірні покриви й слизові оболонки губ синюшні. Через 5—6 хвилин після настання клінічної смерті відбуваються необоротні зміни в нервових клітинах центрів головного мозку, що керують життєво важливими функціями організму. Внаслідок того настає біологічна смерть. З клінічної смерті потерпілого можуть вивести лише негайні (не пізніш як через 4—5 хвилин після її настання) й енергійні заходи, спрямовані на відновлення серцевої діяльності та дихання. З цією метою роблять штучне дихання і непрямий (закритий) масаж серця.

Роблячи непрямий масаж серця (мал. 2), потерпілого кладуть спиною на тверду поверхню (шосе, дорога і т. ін.). Той, хто подає допомогу, стає на коліна збоку (краще справа) біля потерпілого і, поклавши кисті рук одну на другу в нижній частині груднини, робить енергійний поштовх, натискуючи на груднину так, щоб вона зміщувалася приблизно на 4—5 см у напрямі до хребта. При цьому стискується серце між грудниною і хребтом, кров із порожнини серця виштовхується в кровоносні судини. Оскільки стінка грудної клітки еластична, то вона повертається у вихідне положення, а порожнини серця наповнюються кров'ю. Поштовхи слід робити ритмічно, близько 60 разів на хвилину.

Дітям, особливо молодшого віку, непрямий масаж серця можна робити однією рукою або навіть двома пальцями, але частоту поштовхів треба збільшити до 100—120 разів на хвилину.

У разі потреби непрямий масаж серця поєднують із штучним диханням. Щоправда, це потребує чималих зусиль. Тому бажано, щоб потерпілим у стані клінічної смерті допомогу подавало двоє: один робить непрямий масаж серця, другий — штучне дихання. Після кожного вдування повітря в легені потерпілого чотири рази

натискують на груднину. Під час вдування повітря не можна стискувати грудну клітку.

Непрямий масаж серця і штучне дихання звичайно може робити й одна людина. У такому разі після кожного вдування повітря в рот або в ніс натискують чотири рази на груднину.

Показником ефективності непрямого масажу серця і штучного дихання є порожевіння шкірних покривів, звуження зіниць, поява на великих артеріях (стегновій, сонній) пульсових поштовхів синхронно натискуванню на груднину і, нарешті, відновлення самостійного дихання й серцебиття. Непрямий масаж серця і штучне дихання слід проводити до відновлення серцевої діяльності й дихання. Коли вони не дають ефекту, то їх припиняють тільки після огляду потерпілого медичним працівником.

Нерідко у потерпілих при тяжких і численних ушкодженнях виникає травматичний шок, який становить загрозу для життя і потребує невідкладних заходів, щоб підтримати дуже пригнічені найважливіші функції організму. Травматичний шок звичайно настає безпосередньо після ушкодження і являє собою складний комплекс змін, у походженні яких основну роль відіграють надмірні больові подразнення, втрата великої кількості крові, порушення функцій нервової системи, дихання, ендокринних залоз тощо.

Травматичний шок може розвинутися і через деякий час після ушкодження внаслідок виснаження захисних реакцій організму. Це буває звичайно тоді, коли потерпілому не подали своєчасно першої допомоги або коли він одержав додаткову травму під час невмілого перенесення чи перевезення його непристосованим транспортом.

Шок найчастіше виникає при великих ранах, що супроводяться значною втратою крові, при переломах кісток таза, гомілки, стегна, особливо відкритих, ушкодженнях черепа, грудної клітки і живота, ускладнених розривом внутрішніх органів і кровотечею, а також при великих опіках тощо.

Дуже важливо своєчасно розпізнати травматичний шок. Тому треба знати його основні ознаки. Дехто відразу ж після травми стає неспокійним, збудженим, голосно стогне, скаржиться на сильний біль. При цьому

загальний стан хворого може бути задовільним. Збудження триває недовго і нерідко лишається непоміченим.

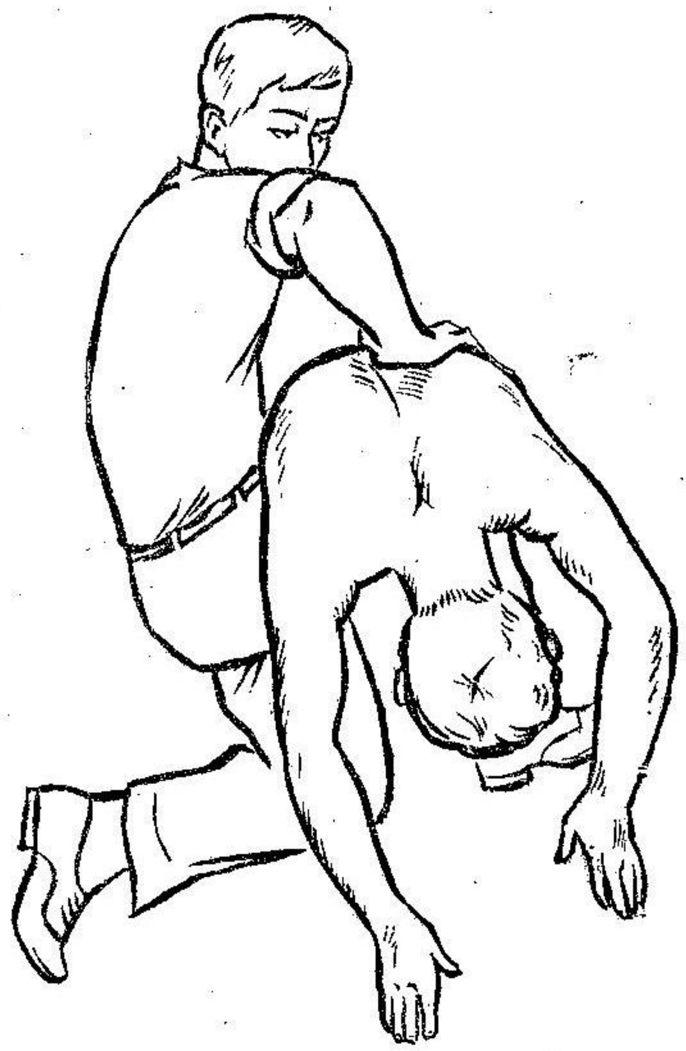
Частіше потерпілі, у яких розвинувся травматичний шок, пригнічені, не звертають уваги на людей, які оточують їх, малорухливі, на запитання відповідають дуже тихо. Шкірні покриви в них бліді, іноді вкриті липким потом, риси обличчя загострені, кінцівки на дотик холодні. Незважаючи на тяжкий загальний стан, свідомість, як правило, не затьмарена. Дихання швидке, поверхневе, пульс прискорюється й слабне внаслідок порушення серцевої діяльності й зниження кров'яного тиску. Якщо хворому не подати допомоги, то він досить швидко може вмерти.

Через те потерпілому при травматичному шоку потрібно терміново зупинити кровотечу, в разі потреби накласти шину, стерильну пов'язку на рану або обпечену ділянку тіла. Потерпілого треба зручно покласти, не піднімаючи високо голови, якомога тепліше вкрити. Якщо немає підозри на ушкодження органів черевної порожнини, хворому можна дати випити трохи теплого чаю або кави.

Внаслідок недостатнього кровопостачання головного мозку потерпілий часом раптово непритомніє, при цьому він блідне, на обличчі в нього виступає піт. Дихання поверхневе, сповільнене, пульс — швидкий, важко промацується. Іноді перед цим настають запаморочення, слабкість, шум у вухах. У хворого темніє в очах, йому бракує повітря.

Причинами знепритомнення бувають нервово-психічні потрясіння (страх, переляк тощо), гострий біль внаслідок травми. Хоча воно триває недовго, але слід вжити невідкладних заходів для поліпшення кровопостачання головного мозку. Для цього потерпілого кладуть так, щоб голова була опущена, а ноги трохи підняті догори, розстібають комір і пояс, що утруднюють дихання. Обличчя хворого збризкують холодною водою, дають йому понюхати ватний тампон або шматочок марлі, змочений нашатирним спиртом. Крім того, вживають заходів для зупинення кровотечі, накладають шини і пов'язки. Коли потерпілий довго не приходить до пам'яті чи знову непритомніє і стан його погіршується, можна гадати, що маємо справу з ушкодженням черепа або органів черевної порожнини, які супроводяться внутрішньою кровотечею.

Транспортні засоби іноді перекидаються з моста в річку, озеро чи в інші водойми́ща. При цьому водії або пасажири можуть опинитися під водою. Якщо в потерпілого, якого витягли з води, свідомість не затьмарена, зберігається дихання й серцебиття, то передусім треба зупинити кровотечу з рани, накласти стерильну пов'язку, а при переломі кінцівок — іммобілізуючу пов'язку. В потерпілого, який наковтався води, бажано викликати блювання (подразненням кореня язика і задньої стінки глотки). По змозі хворого потрібно звільнити від мокрого одягу, після того витерти його, переодягнути в сухе, закутати ковдрою.



Мал. 3. Видалення рідини з дихальних шляхів і шлунка.

Коли врятований з води не виявляє ознак життя, то слід пальцем, обмотаним носовою хусточкою або марлею, очистити порожнину рота й глотки від піску та бруду, розстебнути комір і пояс. Потім спробувати видалити воду з дихальних шляхів і шлунка. Для цього той, хто подає допомогу, кладе потерпілого грудьми на своє зігнуте в коліні стегно так, щоб голова його була опущена вниз, а потім кілька разів натискує на нижню частину спини (мал. 3).

Після того потерпілого кладуть на землю спиною і розпочинають штучне дихання способом «рот до рота» або «рот до носа», а також непрямий масаж серця, виконуючи їх до відновлення самостійного дихання й серцевої діяльності.

Якщо ці функції організму не вдається відновити, масаж і штучне дихання роблять аж до прибуття медичних працівників.

ПОРАНЕННЯ І КРОВОТЕЧІ

Залежно від виду предмета, яким поранено людину, форми і характеру ушкодження тканин рани поділяють на колоті, різані, рвані, розміжчені, забиті тощо. Вони можуть бути забруднені клаптиками одягу, піском, уламками скла і т. д. При цьому в рану іноді потрапляють збудники гнійного зараження, газової гангрени, правця. Буває, що різні предмети проникають у черевну або грудну порожнину, всередину черепа, що може призвести до ушкодження внутрішніх органів (печінки, легень, мозку і т. ін.).

Будь-яке поранення викликає гострий біль, у ділянці травми починається кровотеча, краї уражених тканин розходяться.

Найбільшу загрозу для життя потерпілого становить кровотеча з ушкодженої кровоносної судини.

Кровоносні судини поділяють на артерії, вени і капіляри. При ушкодженні артерій з рани витікає яскраво-червона кров — іде переривчастою цівкою. Коли поранено великі артерії, наприклад шиї, плеча, стегна, кровотеча може бути дуже масивною. І якщо негайно не зупинити її, людина вмирає.

Венозна кров темно-червона, витікає рівномірно, не пульсуючи, і швидко заповнює рану. Венозна кровотеча так само, як і артеріальна, може бути значною і становити серйозну небезпеку.

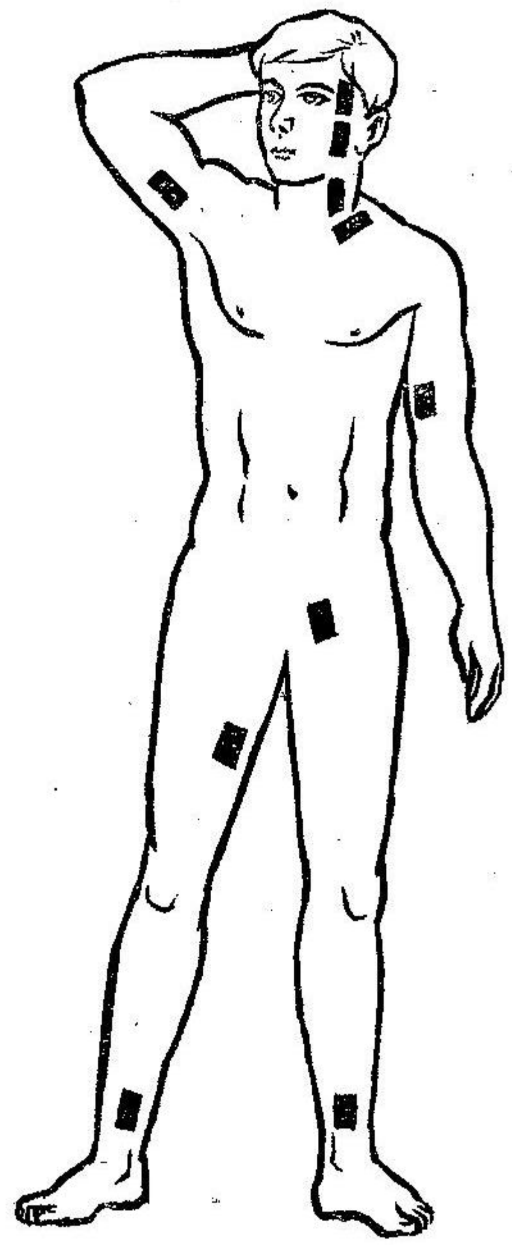
Капілярна кровотеча найчастіше спостерігається при поверхових ранах і саднах. Рана поступово заповнюється краплями крові. У людей з нормальною здатністю крові зсідатися така кровотеча припиняється сама собою. Трапляються кровотечі й змішаного характеру, особливо при глибоких і великих за обсягом пораненнях, коли ушкоджуються різні кровоносні судини.

У потерпілих внаслідок ушкодження внутрішніх органів (наприклад, легень, печінки, селезінки) виникає внутрішня кровотеча: кров збирається у порожнинах тіла, просякає тканини.

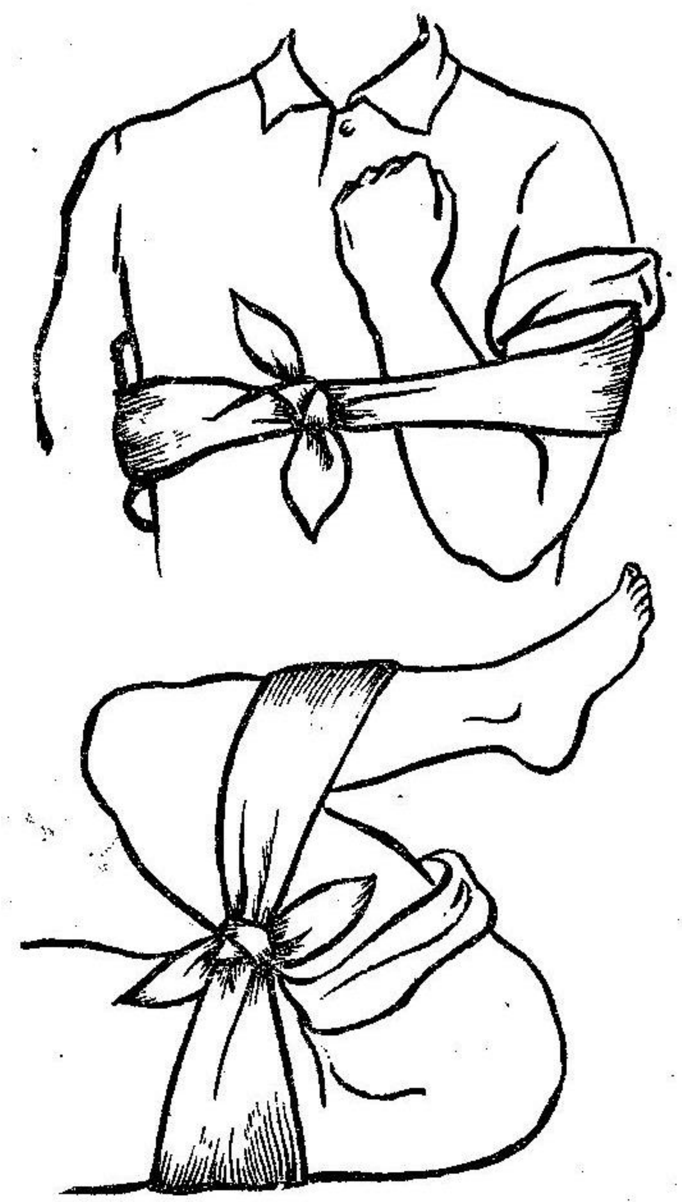
Внутрішню кровотечу виявити нелегко. Як при зовнішній, так і внутрішній кровотечі спостерігаються певні ознаки великої крововтрати: блідість обличчя і слизових оболонок губ; швидке, прискорене дихання; пульс 100 ударів на хвилину та більше; похолодіння кінцівок,

запаморочення, позіхання, слабкість, короткочасна непритомність.

Подаючи першу допомогу потерпілому, слід, не гаючи часу, зупинити кровотечу. Застосовують різні способи тимчасового зупинення кровотечі (остаточно кровотечу зупиняють звичайно в лікувальній установі).



Мал. 4. Місця притиснення артерій для тимчасового зупинення кровотечі.



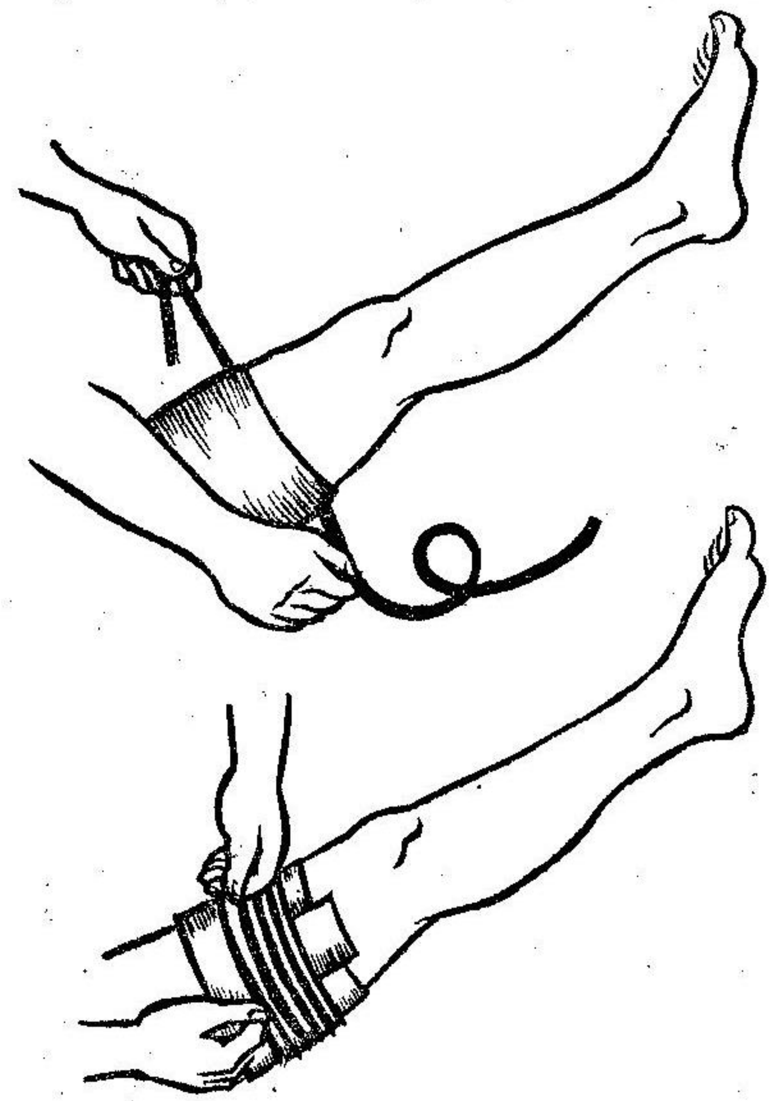
Мал. 5. Тимчасове зупинення кровотечі максимальним згинанням кінцівок.

1. *Накладання на рану стискуючої стерильної пов'язки.* Якщо поранено руку або ногу, то, наклавши пов'язку, поранену кінцівку треба підняти догори або надати їй підвищеного положення. При невеликих венозних і капілярних кровотечах ці заходи досить ефективні.

2. *Притиснення артерій до кістки вище від місця ушкодження.* Артерії притискують там, де вони розташовані ближче до поверхні тіла (мал. 4). Роблять це великим або чотирма іншими пальцями. Стискування

артерій пальцями потребує певних зусиль. А під час транспортування потерпілого стискувати артерії досить незручно. Тому, якщо є змога, накладають джгут або стискуючу пов'язку.

3. *Надання кінцівкам певного положення.* Коли дуже зігнути ногу в колінному суглобі, то можна зупи-



Мал. 6. Тимчасове зупинення кровотечі гумовим еластичним джгутом.

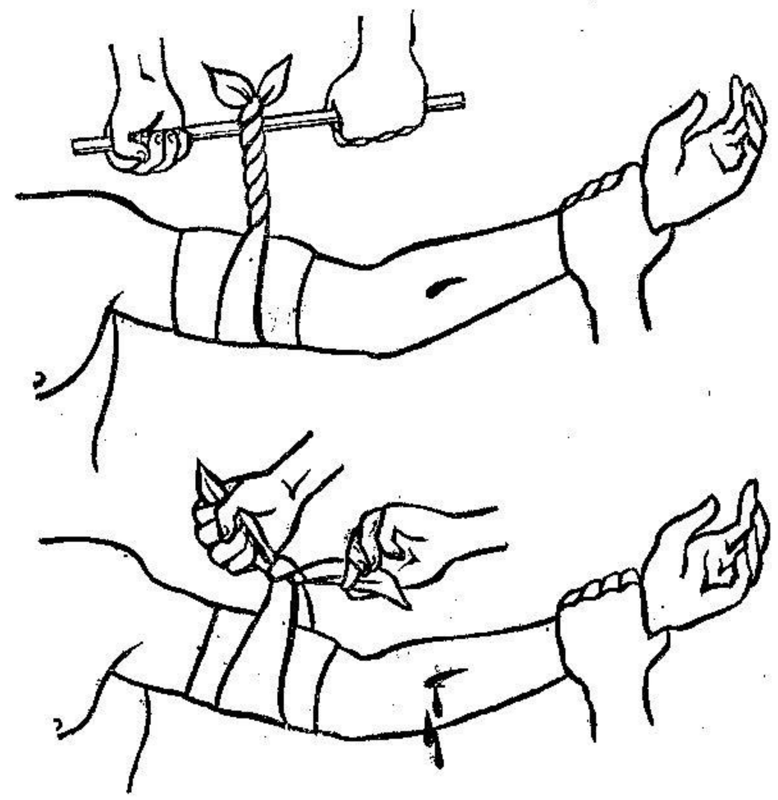
нити кровотечу із судин стопи й гомілки. Максимально зігнувши руку, зупиняють кровотечу з рани в ділянці передпліччя й ліктьового суглоба. Зігнуті кінцівки перев'язують бинтом, косинкою, ременем тощо, попередньо поклавши в підколінну ямку або в ліктьовий згин невеликий валик з бинта чи вати (мал. 5).

Кровотечу з рани в пахвовій ділянці можна зупинити, якщо максимально відвести за спину і зв'язати обидві руки, зігнуті в ліктьових суглобах. При цьому ключиці наближаються до першого ребра і стискують підключичну артерію.

4. *Накладання джгута.* У разі ушкодження великих кровоносних судин кінцівок найбільш надійним способом зупинення кровотечі є накладання гумового елас-

тичного або пневматичного джгута, а також зробленого джгута-закрутки.

Джгут накладають на кінцівку вище від місця ушкодження кровоносної судини. Перед тим бажано кінцівку трохи підняти догори, щоб прискорити відплив венозної крові. Під гумовий джгут треба обов'язково



Мал. 7. Тимчасове зупинення кровотечі джгутом-закруткою.

покласти щось м'яке — хустку, рушник, вату та ін. Джгут розтягають з певним зусиллям і накладають так, щоб витки його лягали поряд і не залишалося проміжків між ними. Кінці джгута закріплюють гачком, ланцюжком або зав'язують (мал. 6).

Ознаками правильно накладеного джгута є припинення кровотечі й пульсу в місцях промацування артерій нижче від накладення джгута, воскувата блідість шкіри кінцівки.

Джгут, накладений слабко, не стискує артерій, а тільки перешкоджає відпливу венозної крові. При цьому кровотеча не припиняється, іноді навіть посилюється, кінцівка стає синюшною. В такому разі джгут замінюють іншим або накладають той самий знову, але трохи вище або нижче від попереднього місця. Надмірне перетягування кінцівки джгутом може ушкодити м'які тканини, у тому числі й нервові стовбури.

Стискувати кінцівку джгутом можна не більш як

1,5—2 години, оскільки тривале знекровлення призводить до стійкого порушення функції і навіть до змертвіння тканин кінцівки. Транспортуючи потерпілого із джгутом у лікувальну установу, до одежі або до бинта прикріплюють записку, в якій зазначають час накладення джгута.

Тривале стискування кінцівки джгутом нерідко викликає значні больові відчуття. Тому бажано через кожні 30—40 хвилин послаблювати джгут на 2—3 хвилини, попередньо притиснувши артерію пальцями до кістки. Потім джгут знову затягують або перекладають його, трохи відступивши від попереднього місця.

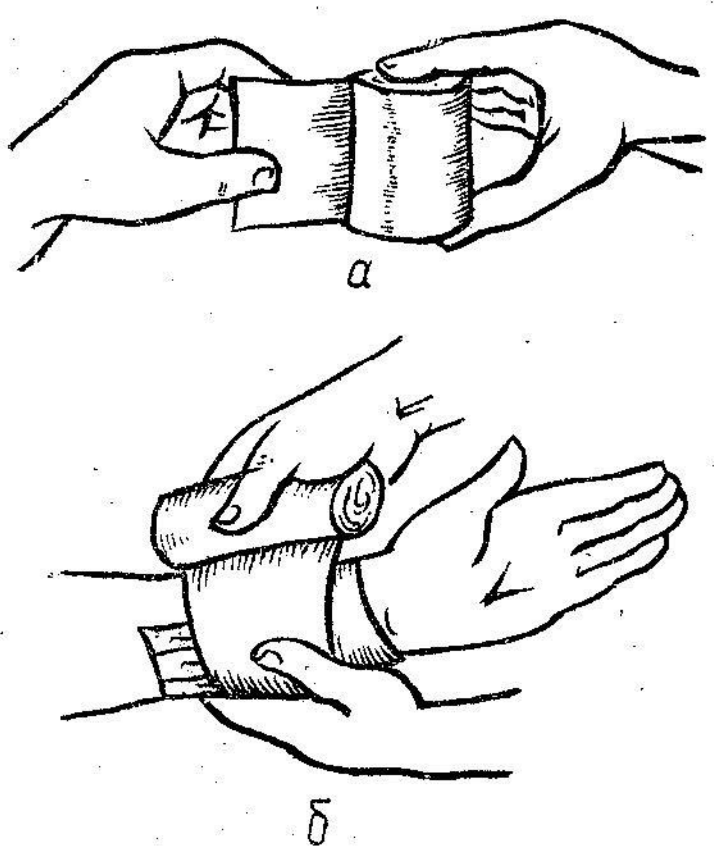
Якщо немає в автомобільній аптечці стандартного джгута, то застосовують джгут-закрутку (мал. 7). Для цього використовують гумовий шланг, косинку, рушник, шарф, краватку тощо. Кінці саморобного джгута міцно зав'язують, вставляють під нього дерев'яну чи іншу паличку і закручують петлю до повного зупинення кровотечі. Щоб джгут не розкрутився, паличку прив'язують до кінцівки.

Закрутку так само, як і джгут, можна накладати на стегно, гомілку, плече або передпліччя. Оскільки закрутка тисне сильніше, ніж еластичний джгут, то не варто застосовувати її в ділянці середньої третини плеча, де існує найбільша небезпека ушкодження нерва. Закрутку можна залишати на кінцівці не більш як 1,5—2 години. Невдовзі після перетягування кінцівки джгутом, особливо закруткою, нерідко з'являється сильний біль. Отже, хворого треба негайно доставити в лікарню.

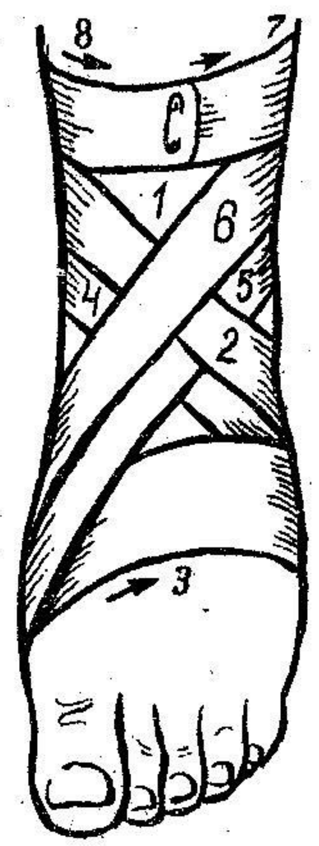
Після того як удалося зупинити кровотечу, слід ужити відповідних заходів, щоб запобігти додатковому забрудненню рани мікробами та її травмуванню під час транспортування потерпілого. Шкіру навколо рани протирають спиртом, одеколоном і змазують йодом або розчином брильянтової зелені. Поверхню рани очищають. Будь-яку рану, крім садна або подряпини, перев'язують. Для цього найкраще використовувати спеціальні пакети, що складаються із стерильних ватно-марлевих подушечок і бинта, а також стерильні бинти і марлеві серветки. Ці перев'язні матеріали є в наборі автомобільної аптечки першої допомоги.

Під час накладання пов'язки треба дотримувати певних правил. Насамперед потерпілого кладуть або са-

довлять у зручній позі. Накладаючи пов'язку на ділянку суглобів, нозі чи руці надають такого положення, у якому вона буде під час транспортування. Наприклад, бинтуючи ділянку ліктьового суглоба, руку хворого згинають у цьому суглобі під кутом, близьким до прямого.



Мал. 8. Розкривання індивідуального пакета (а) і накладання пов'язки (б).

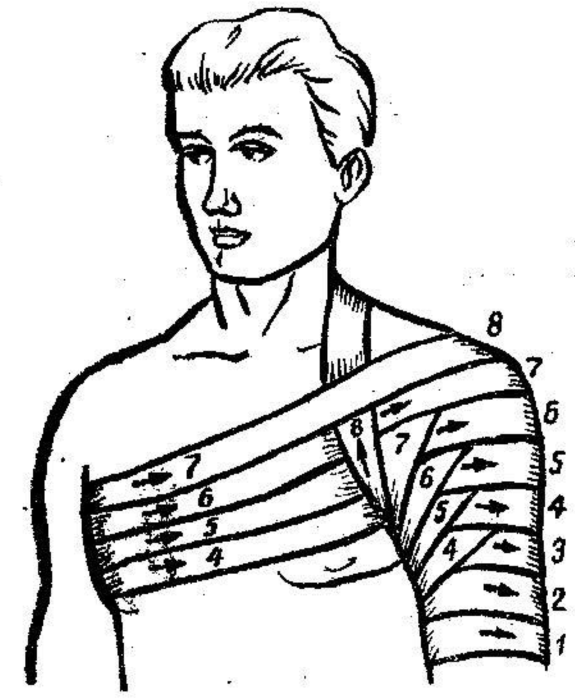


Мал. 9. Пов'язка, накладена на ділянку гомілковостопного суглоба. (Цифрами позначено витки бинта).

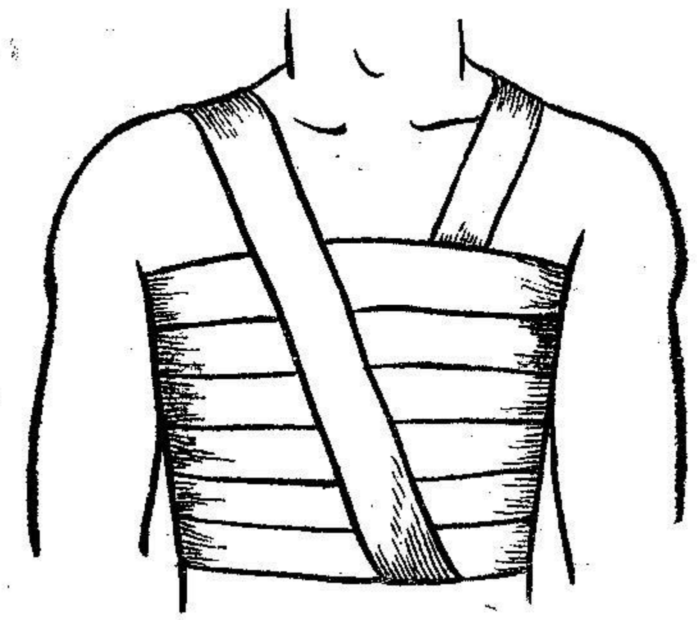
Пов'язка повинна вкривати всю рану і рівномірно охоплювати ділянку ушкодження. Якщо пов'язка накладена слабко, то вона сповзе. Коли рану забинтувати дуже тісно, то потерпілий невдовзі відчуватиме біль, зумовлений стискуванням кінцівки і порушенням кровообігу в ній.

Накладаючи пов'язку на кінцівку, пальці звичайно лишають відкритими, що дає змогу контролювати стан кровообігу в перев'язаній кінцівці за забарвленням нігтів. Якщо пов'язка накладена правильно, вони рожевого кольору, коли нога чи рука перев'язана дуже тісно, нігті стають синюшними.

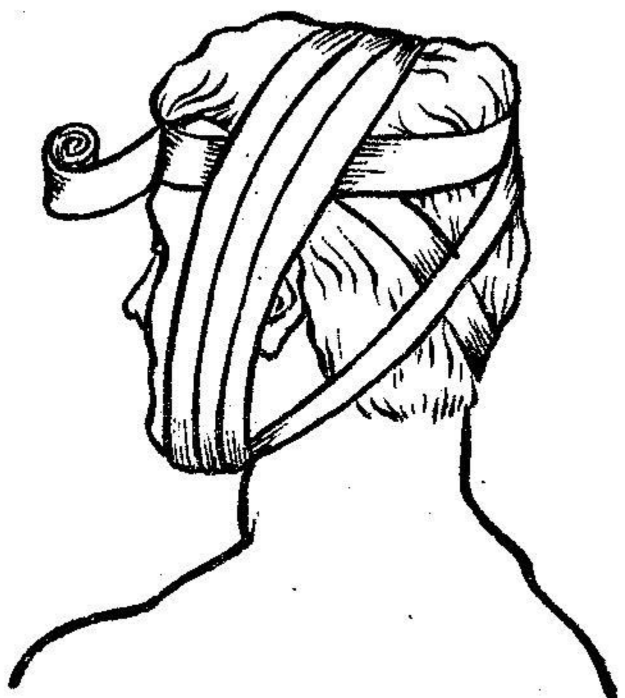
Індивідуальний пакет розкривають безпосередньо перед накладанням пов'язки. Стерильний бинт виймають так, щоб руками не торкатися тих його місць, які потім вкриватимуть рану (мал. 8, *а*).



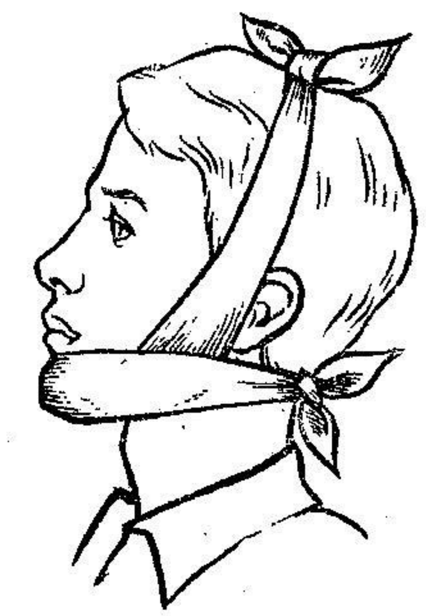
Мал. 10. Пов'язка, накладена на ділянку плечового суглоба. (Цифрами позначено витки бинта).



Мал. 11. Пов'язка, накладена на грудну клітку.



Мал. 12. Накладання пов'язки на голову.



Мал. 13. Пращоподібна пов'язка.



Мал. 14. Косинкова пов'язка.

Перев'язуючи рану, бинт ведуть зліва направо, спіральними ходами в напрямі від пальців до тулуба, тобто знизу догори. Кожен виток має щільно прилягати до тіла, вкриваючи попередній виток бинта на $^1/_2$ або $^2/_3$ його ширини (мал. *8, б*).

Залежно від того, де розміщена рана, застосовують різні способи бинтування. Так, при накладанні пов'язки в ділянці ліктьового, колінного й гомілковостопного суглобів витки бинта нагадують цифру «вісім» (мал. 9), пов'язка на ділянці плечового суглоба має колосоподібну форму (мал. 10). Грудну клітку треба бинтувати, захоплюючи надпліччя (мал. 11). На голову пов'язку накладають круговими витками бинта (мал. 12). Потерпілий повинен тримати рот відкритим, щоб пов'язка не заважала відкривати рот і не стискувала шию. При пораненнях обличчя та переломах щелеп застосовують так звані пращоподібні пов'язки (мал. 13). Як перев'язний матеріал можна використати чисту косинку (мал. 14), рушник тощо.

УШИБИ

Ушиби звичайно виникають внаслідок падіння на тверді поверхні або удару тупим предметом. Ударів найчастіше зазнають голова й кінцівки.

Ознаки ушибу — біль, припухлість, синець, порушення функції кінцівки. Інтенсивність і тривалість болю залежить від тяжкості й розмірів зони ушкодження та локалізації його. Чим більша сила травмуючого фактора, тим більша зона ушкодження, тим сильніший і триваліший біль. Особливо сильний біль спостерігається при ушибах ділянок тіла із значною іннервацією (живіт, промежина, обличчя і т. ін.). Внаслідок сильного удару людина може знепритомніти. Часом настає навіть травматичний шок. У ділянці ушибу порушується цілісність кровоносних судин, тому стається крововилив у тканини і з'являються припухлість і синець, величина якого залежить від розміру зруйнованої кровоносної судини та від забитого місця. Синці звичайно інтенсивніші там, де є пухка підшкірно-жирова клітковина, наприклад на обличчі, плечі.

Ушкодження великої кровоносної судини призводить до сильного крововиливу в підшкірну клітковину, м'язи

та інші тканини. Забите місце напухає. При цьому іноді спостерігаються розлад кровообігу і порушення функції кінцівки. Внаслідок ушибу живота, грудної клітки або черепа може настати крововилив у відповідну порожнину.

На забите місце накладають косинкову пов'язку чи транспортну шину. При значних ушибах, особливо нижніх кінцівок, потерпілий до прибуття швидкої медичної допомоги повинен лежати. Транспортують його лежачи, надавши кінцівці підвищеного положення. Щоб зменшити біль і крововилив, забите місце обкладають шматочками льоду, снігом або серветками (чи хусткою), змоченими в холодній воді. Застосовувати грілки або зігрівальні компреси, робити масаж у ділянці ушибу не слід, оскільки це може посилити біль і спричинитися до крововиливу.

Внаслідок більш-менш тривалого стискування (двома автомашинами, деформованими частинами кабіни та ін.) ушкоджуються м'язи, кровоносні судини й нерви. Найчастіше таких травм зазнають ноги. Тривале стискування м'яких тканин спричиняється до загальних порушень в організмі. Спочатку звільнена від стискування кінцівка бліда, із синюшними плямами, в місці стиснення можуть бути синці, садна. Незабаром вона набрякає, стає багрово-синюшною, втрачає здатність рухатися. Крім того, зникає пульс на артерії, порушується чутливість. Одночасно в людини розвивається стан, подібний до травматичного шоку, викликаний порушенням кровообігу і надходженням у кров продуктів розпаду ушкоджених тканин, що призводить до порушення функції нирок та отруєння організму.

Потерпілому накладають на кінцівку транспортну шину і джгут (вище від місця стискування). Ушкоджену кінцівку обкладають льодом, снігом або серветками, змоченими в холодній воді. Транспортують хворого в лікувальну установу в горизонтальному положенні, краще на ношах.

ПЕРЕЛОМИ І ВИВИХИ КІСТОК

Травми, при яких порушується цілісність кістки, називаються переломами. Переломи кісток бувають закриті й відкриті. Якщо в ділянці перелому утворюється

рана, то такий перелом називають відкритим. Ознаки перелому кінцівки: порушення функції та зміна її форми, різкий біль, ненормальна рухливість у місці ушкодження, тріск або хрускіт у ділянці перелому. В момент травми потерпілий відчуває різкий біль. У стані спокою біль послаблюється, але під час найменшого руху травмованою кінцівкою чи промацування місця перелому знову посилюється.

Зміна форми кінцівки в ділянці перелому в основному залежить від ступеня зміщення відламків. Чим більше вони зміщені, тим помітніша деформація кінцівки. Однак і при переломах без зміщення відламків форма ушкодженої ділянки змінюється внаслідок припухлості й крововиливу в м'які тканини.

Ненормальна рухомість і хрускіт у ділянці травми — найвірогідніші ознаки перелому, але ні в якому разі не слід робити спроб виявити їх під час обстеження потерпілого на місці аварії.

Під час автомобільних катастроф у водіїв і пасажирів нерідко бувають переломи хребта, частіше в шийному відділі. Ознаками перелому хребта є біль у спині або шиї, обмеження рухомості в ушкодженому відділі. Через біль потерпілий не може самостійно встати, ходити. При ушкодженні спинного мозку може порушитися чутливість нижче від місця перелому, кінцівка втрачає здатність рухатися, настають параліч, розлади функції тазових органів.

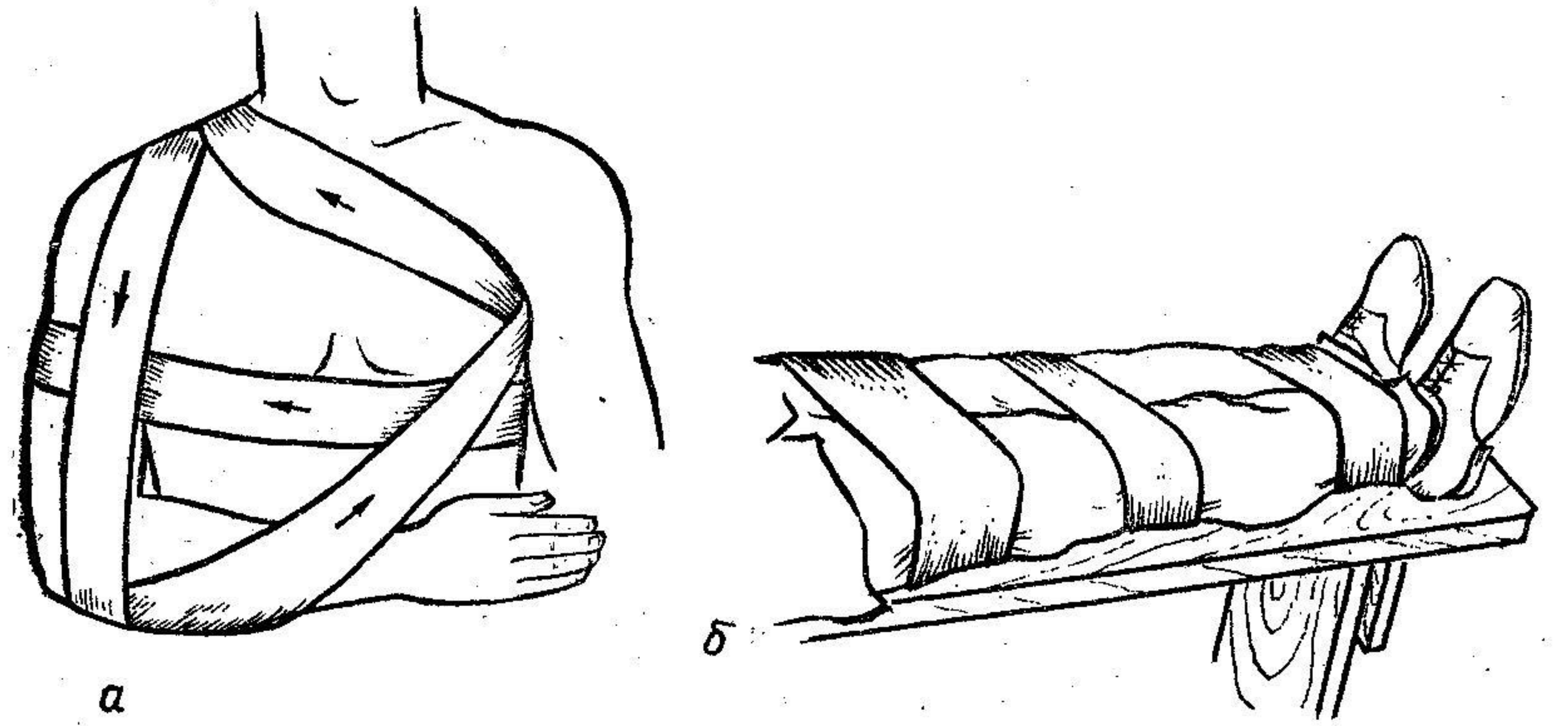
Слід пам'ятати, що не завжди ознаки перелому чітко виражені і тільки медик може відрізнити його від ушибу. В такому разі треба керуватися правилом: обсяг першої допомоги має відповідати тяжчому ушкодженню, тобто переломові.

Іммобілізація (знерухомлення) відламків кісток зменшує біль, запобігає відкритому переломові, додатковому травмуванню м'язів, кровоносних судин і нервів, зменшує небезпеку розвитку травматичного шоку.

Подаючи першу допомогу потерпілим, найкраще використовувати стандартні транспортні шини, які є в усіх медичних установах, на санітарних постах і на пунктах першої допомоги: фанерні, драбинчасті (дротяні), дерев'яні шини Дітеріхса, пластмасові тощо. Останнім часом вітчизняна промисловість випускає пневматичні шини, що являють собою герметичну надувну камеру із за-

стібкою-змійкою і трубкою для нагнітання повітря. Ці шини легко накладати, вони дають змогу спостерігати за станом кінцівок, не заважають рентгенологічному дослідженню.

Якщо стандартних шин немає, то використовують дошки, палки, гілки, цупкий картон або ушкоджену



Мал. 15. Знерухомлення кінцівки:
а—ушкоджена рука прибинтована до грудної клітки;
б—ушкоджена нога прибинтована до здорової.

ногу прибинтовують до здорової, а руку — до грудної клітки (мал. 15).

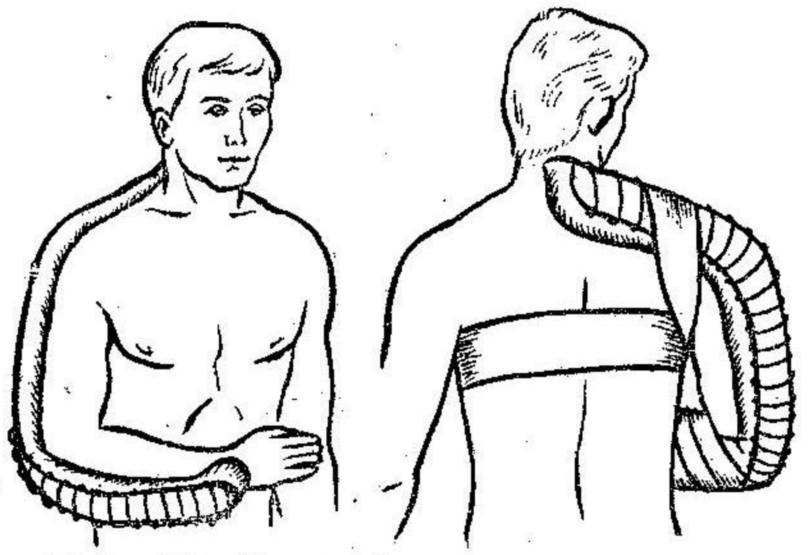
Накладати шини краще вдвох: один обережно тримає і легко витягує ушкоджену кінцівку (щоб запобігти зміщенню відламків і посиленню болю), а другий прибинтовує шину. Шини повинні захоплювати не тільки ушкоджену ділянку, а й принаймні два суміжні суглоби — вище і нижче від місця перелому.

Не слід виправляти відламки, переносити потерпілого до накладення йому транспортних шин, бо при цьому можна завдати додаткової травми, ушкодити кровоносні судини й нерви, закритий перелом може стати відкритим тощо. При відкритих переломах спочатку перев'язують рани, а потім прибинтовують шини. Ні в якому разі не можна накладати шину на голу кінцівку. Треба обмотати її (або шину) марлею, бинтом, рушником і т. д.

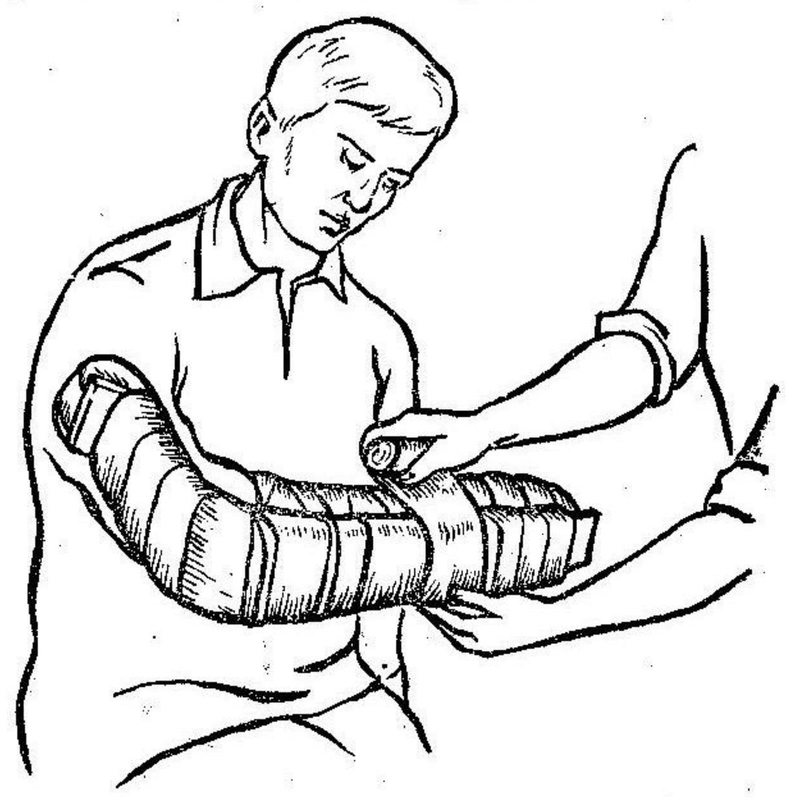
Переломи ключиці супроводяться різким болем у надпліччі, який посилюється, коли рухати рукою. Плече опущене донизу. В ділянці перелому з'являється припухлість, східчаста деформація. Подаючи першу

допомогу потерпілому, в пахвову ямку кладуть вату або бинт, а руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, підвішують на косинці (див. мал. 14). Надійніше звичайно ушкоджену руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, міцно прибинтувати до грудної клітки (див. мал. 15, *а*). Якщо немає тяжких ушкоджень, то хворого можна транспортувати в положенні сидячи.

Різкий біль спричиняють також переломи плечової кістки в ділянці середньої третини плеча. Крім того,



Мал. 16. Накладання транспортної шини при переломі плечової кістки.



Мал. 17. Накладання транспортної шини при переломі передпліччя.

спостерігається виражена деформація, ненормальна рухомість. Ознаки перелому плечової кістки в ділянці верхньої третини плеча менш помітні. Тому такий перелом важче розпізнати.

При переломах плечової кістки накладають транспортну дротяну шину, захоплюючи надпліччя, плече й передпліччя, зігнуте в ліктьовому суглобі (мал. 16). Шину вигинають відповідно до рівня плечового й ліктьового суглобів, закріплюють її на плечі й передпліччі бинтом або косинкою, прибинтовують до грудної клітки в ділянці надпліччя. І після того руку підвішують на шиї. Коли транспортної шини на місці пригоди немає, то руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, прибинтовують до тулуба. Потерпілого можна транспортувати в положенні сидячи.

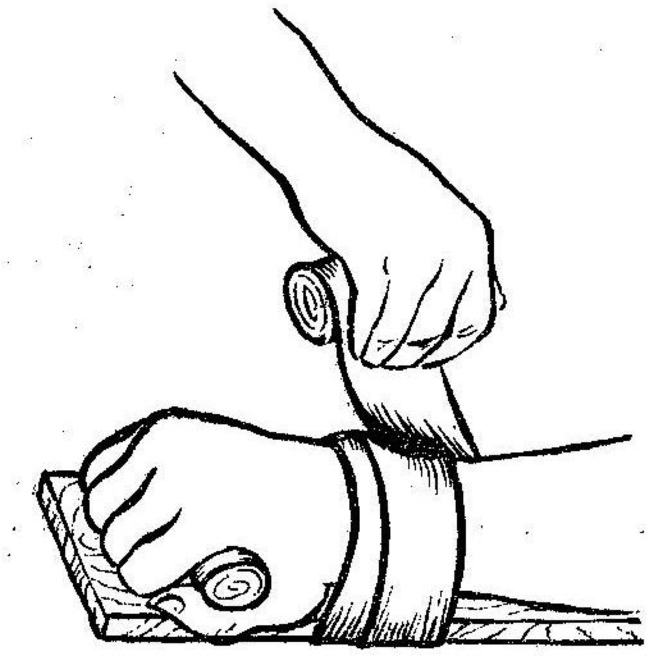
Якщо стався перелом кісток передпліччя із зміщенням відламків, то, крім різкого болю і порушення функції

руки, спостерігається викривлення, яке при переломах у середній частині має дугоподібний, а в нижній третині — багнетоподібний вигляд.

Кістки передпліччя при переломах у верхній і середній третині його знерухомлюють транспортною шиною, яку накладають на задньо-зовнішню поверхню руки, зігнутої в ліктьовому суглобі, захоплюючи плече, передпліччя й кисть (мал. 17). При переломах кісток передпліччя в нижній третині накладають фанерну чи іншу шину на долонну поверхню передпліччя від ліктьового



Мал. 18. Знерухомлення руки транспортною шиною при переломі передпліччя.



Мал. 19. Накладання транспортної шини при ушкодженні кисті й пальців.

суглоба до основи пальців. А після того руку підвішують на косинці (мал. 18).

Для знерухомлення кісток кисті й пальців використовують пневматичну, фанерну або картонну шину, яку накладають на долонну поверхню передпліччя, кисті й пальців, надаючи їм напівзігнутого положення (мал. 19).

Характерними ознаками перелому стегнової кістки є різкий біль, неможливість підняти ногу, викривлення її, вивернення стопи назовні. Переломи стегнової кістки, як правило, супроводяться погіршанням загального стану хворого. Нерідко розвивається травматичний шок.

Потерпілим накладають спеціальні транспортні шини або дротяні чи дерев'яні: одну — на внутрішню поверхню ноги від пахвини до стопи, а другу — на зовнішню по-

верхню ноги й тулуба від пахвової ямки до стопи (мал. 20). Якщо шини короткі, то з двох роблять одну потрібного розміру. Шини прикріплюють спочатку на стегні й гомілці, а потім — до тулуба бинтами або косинками. Перевозять потерпілих на ношах, у положенні лежачи на спині.

У ділянці перелому кісток гомілки, найчастіше на передній поверхні її, бувають садна, розчавлення й від-



Мал. 20. Накладання транспортної шини при переломі стегна.

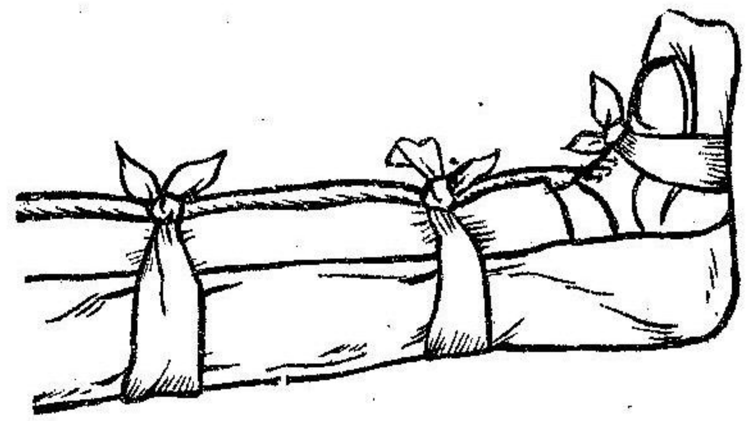
шарування шкіри, рани різної форми і величини. Спочатку перев'язують рани, а потім накладають стандартну транспортну шину на задню поверхню кінцівки, захоплюючи колінний і гомілковостопний суглоби, а також стопу (мал. 21). У разі потреби використовують дві фанерні чи дерев'яні шини (накладають їх на внутрішню і зовнішню поверхню ноги від стопи до середини стегна), ушкоджену ногу прибинтовують до здорової. Потерпілого перевозять до лікарні на ношах.

Переломи кісток стопи звичайно бувають у пішоходів внаслідок наїзду колесом автомашини. Стопа напухає, порушуються її функції, хворий відчуває різкий біль. При такому переломі накладають пневматичну (мал. 22) або драбинчасту шину на задню поверхню гомілки й стопи.

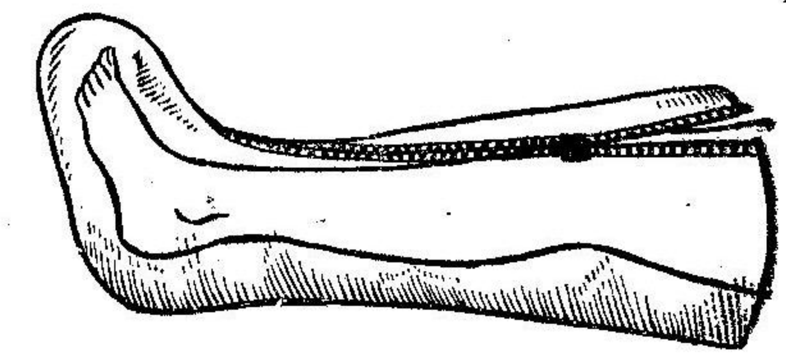
Потерпілого, у якого стався перелом хребта, треба передусім правильно покласти на рівну тверду поверх-

ню — на дошку, дерев'яний щит, ноші з твердим покриттям, ноші іммобілізуючі вакуумні. Піднімати й перекладати такого хворого повинно не менш як троє людей. При ушкодженні шийного відділу хребта хворого кладуть на спину, під шию і плечі вмощують подушку або валик, зроблений з одягу.

При переломі грудних і поперекових хребців потерпілого кладуть на спину або на живіт, підмостивши під



Мал. 21. Знерухомлення ноги транспортною шиною при переломі гомілки.



Мал. 22. Знерухомлення кінцівки за допомогою пневматичної шини при переломах гомілки і стопи.

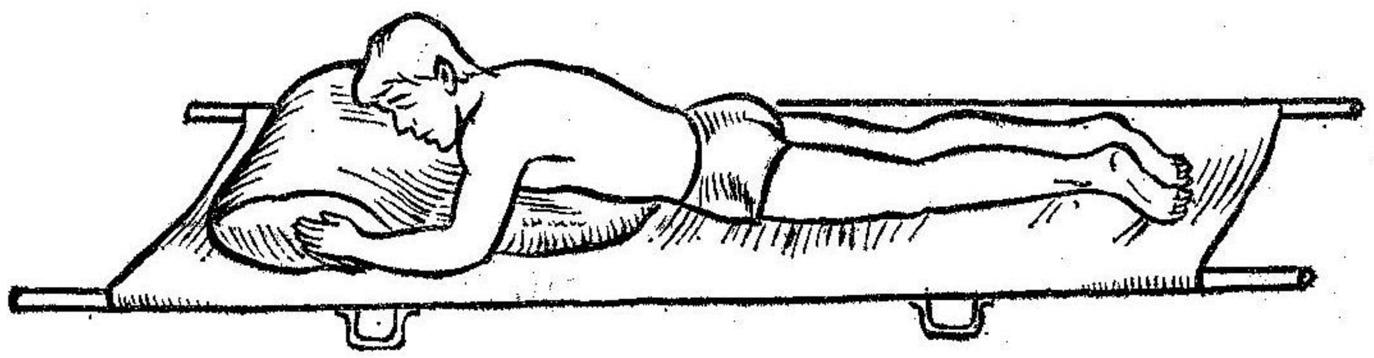
верхній відділ грудної клітки і голову подушку або валик з одягу. Якщо хворого при переломі хребта доводиться транспортувати на м'яких ношах, то його кладуть на живіт (мал. 23)

Переломи кісток таза нерідко супроводяться ушкодженням внутрішніх органів і травматичним шоком. Подаючи першу допомогу, хворого кладуть спиною на тверду поверхню (дошки, фанера, тверді ноші), зігнувши йому ноги в кульшових і колінних суглобах, під коліна підкладають валик, згорнутий з ковдри чи одягу.

Крім переломів кісток, у потерпілих іноді спостерігаються ушкодження суглобів кінцівок: ушиб у ділянці суглоба, розтяг і розрив зв'язок, вивих. Найтяжчим серед них є вивих, при якому зміщуються кістки в суглобі, розривається суглобова сумка і зв'язки, а кінці кісток, що утворюють суглоб, набувають неприродного положення. Виникає помітна деформація в ділянці суглоба. Кістки, змістившись, можуть тиснути на нервові стовбури. Через те при найменшій спробі змінити положення кінцівки хворий відчуває різкий біль. Він змушений перебувати в певній позі. Наприклад, якщо вивих стався у плечовому суглобі, то потерпілий, нахи-

лившись у бік ушкодженої руки, тримає її у відведеному од тулуба положенні, зігнувши в ліктьовому суглобі; якщо в кульшовому суглобі, то хворий лежить на спині, а ушкоджена нижня кінцівка, зігнута в колінному й кульшовому суглобах, повернута досередини.

Ні в якому разі не можна виправляти положення вивихнутої кінцівки, тому що невмілі й грубі маніпуляції,



Мал. 23. Транспортування потерпілого, у якого виявлено перелом хребта, на м'яких ношах.

як правило, призводять до ушкодження кровоносних судин і нервових стовбурів. Основне — забезпечити нерухомість ушкодженої кінцівки, не змінюючи її неправильного положення. При вивиху в плечовому й ліктьовому суглобах можна накласти драбинчасту шину, як при переломі плеча, або підвісити ушкоджену руку на косинці; при вивиху в кульшовому й колінному суглобах застосовують транспортні шини. Потерпілого, у якого виявлено вивих у кульшовому або колінному суглобі, транспортують лежачи на ношах.

ТРАВМИ ГОЛОВИ

Травми голови бувають різні: ушиби, рани м'яких частин голови, струси мозку. В потерпілого при ушибах м'яких частин голови звичайно не буває порушення загального стану. Струси мозку супроводяться непритомністю, запамороченням, нудотою, блюванням. Якщо травма легка, стан непритомності триває кілька секунд, якщо тяжка,— кілька годин і навіть днів. Опритомнівши, потерпілий часто не може згадати обставин нещасного випадку, а іноді й подій, що безпосередньо передували цьому.

Хворому, в якого стався струс мозку, потрібно забезпечити максимальний спокій, зручно покласти його

на спину, голову трохи підняти. Якщо потерпілий блює, то його голову повертають набік, а якщо непритомний, видаляють блювотні маси з рота і глотки. До голови прикладають пузир із снігом чи холодною водою або змочену в холодній воді хустку, рушник та ін. Перевозять такого хворого в лікувальну установу в горизонтальному положенні.

Коли потерпілий довго не приходить до пам'яті, то можна припустити, що в нього перелом кісток черепа, стиснення мозку, крововилив під оболонки або в речовину мозку. Стан хворого при цьому тяжкий. Дихання утруднене, хрипке, клекочуче; спочатку пульс уповільнений, а пізніше — швидкий; хворий блює, з рота і носа в нього іноді йде кров або пініста рідина. При переломах основи черепа з вух може виділятися кров'яниста або світла мозкова рідина. Треба стежити, щоб не було западіння язика й закупорення верхніх дихальних шляхів блювотними масами. Для цього голову потерпілого повертають набік, підтримують щелепу й періодично звільняють порожнину рота від блювотних мас.

ТРАВМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЖИВОТА

Найтяжчими звичайно є травми грудної клітки і живота, бо при них нерідко ушкоджуються органи грудної й черевної порожнини, внаслідок чого може настати внутрішня кровотеча і розвинутися травматичний шок.

Травми грудної клітки і живота виникають у пішоходів у разі наїзду на них транспортних засобів, у водіїв та пасажирів під час падіння з автомашини, яка перекинулася. Отже, ці травми, як правило, — наслідок удару або стиснення грудної клітки. Тому в потерпілих найчастіше бувають ушиби грудної клітки, переломи одного або кількох ребер, ушкодження легень і плеври, серця і великих кровоносних судин.

При травмі грудної клітки хворий відчуває різкий біль у грудях, що посилюється під час вдиху і видиху. Особливо сильний біль виникає при переломі ребер, що нерідко супроводиться ушкодженням плеври — оболонки, яка вкриває грудну клітку зсередини.

Навіть не дуже тяжкі травми грудної клітки утруднюють дихання. Особливо важко дихати при переломі

ребер, ушкодженні плеври та легень. Дихання прискорюється, стає поверхневим, іноді хрипким. З'являється синюшне забарвлення губ, шкірних покривів обличчя, шиї. Одночасно із порушенням дихання настає розлад серцевої діяльності. Пульс досягає 100—120 ударів на хвилину. Якщо розривається тканина легень, стан потерпілого, як правило, дуже тяжкий. У плевральній порожнині скупчується повітря, і легеня не бере участі в диханні. Крім того, виникає масивний крововилив, що супроводиться ознаками внутрішньої кровотечі (блідість шкірних покривів, слабкість, запаморочення, швидкий слабкий пульс).

Коли загальний стан потерпілого задовільний (при ушибах грудної клітки, поодиноких переломах ребер), досить забезпечити йому спокій, надавши напівсидячого положення. Якщо у хворого виявлено множинні переломи ребер, ушкодження плеври й легень, то його кладуть на спину, трохи піднявши верхню частину тулуба. У разі потреби проводять штучне дихання. На рану грудної клітки, особливо тоді, коли крізь неї в плевральну порожнину потрапляє повітря, накладають стерильну пов'язку, щільно притиснувши її до рани. І це треба зробити негайно, щоб припинити надходження повітря.

Внаслідок удару або стиснення живота і нижньої частини грудної клітки у потерпілого можуть бути ушкоджені органи черевної порожнини.

Ознаки травми живота значною мірою залежать від того, який орган ушкоджено. Внутрішні органи, що містяться в черевній порожнині, поділяються на так звані паренхіматозні (печінка, селезінка, нирки) і порожнисті (шлунок, кишки, сечовий міхур). Ушкодження паренхіматозних органів, як правило, супроводиться внутрішньою кровотечею. При розриві кишечника або шлунка розвивається гнійне запалення слизової оболонки очеревини. Ушкодження органів черевної порожнини нерідко супроводиться травматичним шоком.

Якщо ушкоджено органи черевної порожнини, потерпілий скаржиться на сильний біль у шлунку, в правому або лівому підребер'ї, на слабкість, запаморочення, спрагу. При розриві печінки або селезінки швидко наростають ознаки внутрішньої кровотечі: блідість, похолодіння шкірних покривів, запаморочення, швидкий слабкий пульс. Хворий час од часу непритомніє. Розрив

шлунка і кишок супроводиться різким болем у животі, відчуттям спраги. У хворого з'являються нудота, гикавка, блювання; пульс прискорений (до 100—120 ударів на хвилину), дихання поверхневе, швидке. Зміна положення тіла посилює біль у животі. На обличчі потерпілого з'являється страдницький вираз. Біль посилюється також, якщо натиснути на передню стінку живота.

У разі ушкодження сечового міхура біль локалізується внизу живота, з'являються болючі позиви до сечовиділення, іноді виділення сечі затримується.

Виявивши у потерпілого травму органів черевної порожнини, треба покласти його на спину, голову і верхню частину тулуба трохи підняти, ноги зігнути в кульшових і колінних суглобах. Таким хворим не можна дозволяти пити, їсти, приймати ліки. Якщо є ознаки внутрішньої кровотечі, голову піднімати не потрібно. На живіт бажано покласти гумовий пузир із льодом або снігом.

ОПІКИ

Опік — це ушкодження тканин, викликане дією на тіло полум'я, пари, киплячих рідин, розжарених або розтоплених металів, концентрованих кислот, лугів, радіоактивного опромінення та ін. Опіки поділяють на термічні, хімічні, променеві.

Під час автомобільних катастроф у потерпілих звичайно виникають термічні опіки різної тяжкості. Розрізняють опіки чотирьох ступенів. Опік I ступеня супроводиться почервонінням і набряклістю шкіри, пекучим болем у ділянці ушкодження. Опік II ступеня характеризується появою на почервонілій шкірі пухирів різної величини, наповнених прозорою або трохи каламутною рідиною, інтенсивним болем. При опіках III ступеня настає глибоке ушкодження шкіри. Хворий відчуває різкий біль. На шкірі утворюється твердий струп, що покриває ділянки змертвілої тканини. Найтяжчими є опіки IV ступеня, при яких ушкоджується шкіра, м'язи, сухожилля. Іноді вони обвуглюються.

Опіки, що займають понад 10% поверхні тіла, звичайно супроводяться тяжким порушенням загального стану потерпілого — шоком. Хворий неспокійний, скаржиться на сильний біль, просить пити. Пульс прискоре-

ний (до 100—120 ударів на хвилину), дихання поверхневе, швидке. Внаслідок всмоктування продуктів розпаду ушкоджених тканин невдовзі настає отруєння організму, що виявляється апатією, нудотою, блюванням, прискоренням пульсу.

Потерпілого насамперед треба швидко винести із небезпечної зони, погасити на ньому одяг вогнегасником, водою чи цупкою тканиною — чохлом, брезентом, ковдрою, пальтом тощо. Полум'я з одягу можна збити, притискаючи потерпілого до землі, дорожнього покриття. Одяг, що тліє, треба обережно зняти, попередньо розрізавши або розірвавши. Частини одягу, що прилипли до поверхні опіку, відривати не слід, бо це може завдати потерпілому сильного болю і погіршити його стан. При обмежених опіках I ступеня обпечену ділянку обтирають спиртом або одеколоном, а потім накладають на неї стерильну пов'язку.

Пухирі, що з'явилися на шкірі, розривати не треба, досить обробити їх спиртом і на уражене місце накласти стерильну пов'язку. Коли площа ушкодження велика, потрібно загорнути потерпілого в чисте простирадло, закутати ковдрою або іншими теплими речами. На обличчя пов'язку можна не накладати, досить прикрити його від пилу стерильною серветкою.

ВІДМОРОЖЕННЯ

Відмороження — це ушкодження тканин внаслідок дії низьких температур. Найчастіше відморожують обличчя, ніс, вуха, кисті рук і стопи. Розрізняють чотири ступені відмороження. При відмороженні I ступеня хворобливе відчуття холоду змінюється онімінням, а уражена ділянка тіла стає блідою, нечутливою. Після зігрівання з'являється почервоніння і синюшність, набряклість шкіри. Відмороження II ступеня характеризується появою на уражених ділянках після зігрівання пухирів, наповнених прозорою кров'янистою рідиною, більшою набряклістю. При відмороженнях III ступеня настає змертвіння всіх шарів шкіри; при відмороженнях IV ступеня — шкіри і тканин, що лежать глибше, а також кісток.

Перша допомога передбачає зігрівання як відмороженої частини тіла, так і всього організму. Хворого

треба перевести в тепле приміщення, дати теплого чаю, кави, вина або горілки. Відморожену частину обережно розтирають чистими руками. (Руки потрібно добре вимити, протерти спиртом або одеколоном). Розтирати хворого снігом не рекомендується. Коли відновиться кровообіг, з'являться чутливість, почервоніння, відчуття тепла, уражену ділянку протирають спиртом чи одеколоном і накладають стерильну пов'язку. Відморожену ділянку, на якій є пухирі, змертвіння шкіри, розтирати не можна, слід тільки накласти стерильну пов'язку. Змащувати відморожені ділянки жиром, мазями не рекомендується. Потрібно вжити відповідних заходів, щоб запобігти повторному охолодженню хворого.

ЕЛЕКТРОТРАВМИ, УРАЖЕННЯ БЛИСКАВКОЮ

У місцях ураження електричним струмом та блискавкою виникають невеликі рани з твердими краями сіро-жовтого кольору, що нагадують термічний опік III ступеня. При незначній електротравмі з'являються короткочасна непритомність, запаморочення, біль у ділянці серця, при тяжких ураженнях бувають судорожні скорочення м'язів, тривала непритомність, припиняється дихання, пригнічується серцева діяльність. Шкірні покриви бліді або синюшні. У потерпілого може настати клінічна смерть. Тому врятування його життя часто залежить від того, наскільки швидко й ефективно буде подано першу допомогу.

Передусім слід негайно припинити дію струму, вимкнути його, якщо це можливо, або відкинути електричний провід палкою, дошкою тощо.

Після припинення дії електроструму потерпілому, навіть при легких ураженнях, потрібний спокій. У разі потреби роблять штучне дихання способом «рот до рота» і непрямий масаж серця до відновлення самостійного дихання і серцевої діяльності, принаймні до прибуття на місце пригоди медичних працівників. Ділянки ураження електрострумом закривають сухою стерильною пов'язкою.

Аналогічні заходи проводять при ураженні блискавкою.

ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ

Як правило, потерпілі потребують кваліфікованої медичної допомоги. Тому їх потрібно доставити в лікувальну установу. Вид і спосіб транспортування залежить від характеру травми, стану потерпілого, місця, де сталася дорожньо-транспортна пригода.

Найраціональніший вид транспортування — перевезення хворих машинами швидкої медичної допомоги. Це спеціально пристосовані автомашини, у яких є ноші й інше медичне обладнання, потрібне для транспортування потерпілого і подання йому першої допомоги.

Перевезення потерпілих, особливо в тяжкому стані, не пристосованим для цього транспортом, без потрібної допомоги і догляду медичних працівників може призвести до тяжких ускладнень і навіть смерті хворого по дорозі в лікувальну установу. Тому слід повідомити на станцію швидкої допомоги адресу чи місце, де сталася катастрофа, назвати кількість потерпілих і характер виявлених у них ушкоджень.

Швидке і правильне подання першої допомоги, дотримання правил транспортування потерпілих дає змогу зберегти життя, здоров'я і працездатність багатьом людям.

ЗМІСТ

6 коп.